

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N° 355

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi, 28 Juillet 1891, à 1 heure

PAR

J. R. DÉPÉRET - MURET

Né à Limoges, le 20 février 1854.

Ancien interne de l'Hôpital et de la Maternité de Saint-Germain en Laye,
Membre de la Société de médecine publique et d'Hygiène
professionnelle.

DE LA FOLLICULITE
CONGLOMÉRÉE TRICHOPHYTIQUE

Président : M. LABOULBÈNE.

*Juges : MM. } GRANCHER, Professeur.
 } HUTINEL, NETTER, Agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses
parties de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

35

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi, 28 Juillet 1891, à 1 heure

PAR

J. R. DÉPÉRET - MURET

Né à Limoges, le 20 février 1854.

Ancien interne de l'Hôpital et de la Maternité de Saint-Germain en Laye,
Membre de la Société de médecine publique et d'Hygiène
professionnelle.

DE LA FOLLICULITE CONGLOMÉRÉE TRICHOPHYTIQUE

Président : M. LABOULBÈNE.

*Juges : MM. } GRANCHER, Professeur.
 } HUTINEL, NETTER, Agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses
parties de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.	BAILLON
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.	CORNIL
Histologie.	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.	TILLAUD
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM
Hygiène.	PROUST
Médecine légale.	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS
	{ G. SÉE
Clinique médicale.	{ POTAIN
	{ JACCOUD
	{ PETER
Maladies des enfants.	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux.	CHARCOT
	{ VERNEUIL
Clinique chirurgicale.	{ LE FORT
	{ DUPLAY
	{ LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON
Clinique ophtalmologique.	PANAS
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER
	{ PINARD

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULT

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET	GILBERT	NELATON	RIBEMONT-DES-
BAR	GLEYS	NETTER	SAIGNES
BLANCHARD	HANOT	POIRIER, chef des	RICARD
BRISSAUD	HUTINEL	trav. anatomiques	ROBIN (Albert)
BRUN	JALAGUIER	POUCHET	SCHWARTZ
CAMPENON	KIRMISSON	QUENU	SEGOND
CHANTEMESSE	LETULLE	QUINQUAUD	TUFFIER
CHAUFFARD	MARIE	REITTERER	VILLEJEAN
DEJERINE	MAYGRIER	REYNIER	WEISS
FAUCONNIER			

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PERE

LE D^r DÉPÉRET-MURET

Professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Limoges,
Médecin honoraire de l'Hôpital général,
Président honoraire de l'Association des médecins
de la Haute-Vienne,
Membre correspondant de la Société de médecine légale
de France,
Officier de l'Instruction publique.

A MON ONCLE

H. SÉNÉMAUD

Ancien Greffier en chef du Tribunal de commerce de Limoges.

A LA MÉMOIRE DE PIDOUX

Inspecteur des Eaux-Bonnes,
Médecin honoraire des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

A LA MÉMOIRE DES PROFESSEURS

PARROT, GOSSELIN, DAMASCHINO (de Paris).

A LA MÉMOIRE DES PROFESSEURS

ASTAIX, BARDINET, BARNY, BLEYNIE, MANDON, BOULLAND
(de Limoges).

A LA MÉMOIRE DE GIRAUD-TEULON

Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien Oculiste de l'Hôpital de Saint-Germain en Laye,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE D^r MAZARD

Professeur honoraire à l'École de médecine de Limoges,
Médecin honoraire de l'Hôpital,
Président de l'Association des médecins de la Haute-Vienne,
Officier de l'Instruction publique.

A M. LE D^r RAYMONDAUD

Directeur de l'École de Limoges,
Chirurgien de l'Hôpital général,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE D^r QUINQUAUD

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Médecin honoraire des hôpitaux,
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A MM. LES D^{rs} GAUTHEY, LE PIEZ, SALET

Médecins et Chirurgiens de l'Hôpital de St-Germain en Laye,
Chevaliers de la Légion d'honneur.

A M. LE D^r RICARD

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des Hôpitaux.



DE LA FOLLICULITE CONGLOMÉRÉE TRICHOPHYTIQUE

AVANT-PROPOS

Il existe chez l'homme un groupe de maladies cutanées auxquelles on a donné le nom de folliculites agminées en plaques ou conglomérées. Ces affections, relativement fréquentes, commencent à être bien connues et sont entrées récemment dans le cadre nosologique des maladies de la peau. Elles ont été mentionnées pour la première fois par le Dr Quinquaud dans deux observations, datant, l'une de 1875, l'autre de 1877, et reproduites dans le mémoire de Leloir, paru en 1884 dans les annales de dermatologie. Depuis, la question a été envisa-

gée à des points de vue différents, sans que personne ait attribué d'une façon certaine une origine parasitaire à ces folliculites.

Or la folliculite coïncide fréquemment avec la trichophytie, et méconnaître la présence du trichophyton, s'est s'exposer à le voir pulluler indéfiniment. C'est pourquoi la folliculite conglomérée trichophytique nous a paru mériter d'être distinguée des autres variétés de folliculites et digne d'occuper une place importante dans la dermatologie.

Au point de vue clinique, cette affection est rare, car lorsque, sur les conseils de M. le Dr Quinquaud, nous avons fait des recherches sur ce sujet, nous n'avons trouvé aucune observation sur laquelle nous ayons pu nous guider.

Nous avons trouvé seulement dans le magnifique musée de l'hôpital Saint-Louis deux pièces portant l'étiquette de l'affection qui nous occupe et trois autres que l'on peut en rapprocher. Des deux premières, l'une, prise dans le service de M. le Dr Vidal, n'a pas d'observation à l'appui ; l'autre fait le sujet de notre première observation. Des trois autres, l'une, prise encore dans le service de M. le Dr Vidal, est munie de son observation ; nous la reproduisons. Quant aux deux dernières pièces, nous n'avons pu, malgré nos recherches, nous procurer

aucune note sur les malades qui en ont été les modèles.

Ce travail repose sur quatre observations : deux qui nous sont personnelles et que nous avons recueillies dans le service de M. le Dr Quinquaud, une troisième relevée sur le livre d'observations du musée de l'hôpital Saint-Louis et enfin une quatrième publiée par M. le professeur Poncet, de Lyon, dans les annales de dermatologie. Nous la reproduisons, parce que M. le Dr Bard, attribue à la maladie une origine parasitaire, bien qu'il n'ait pu trouver la trace certaine du trichophyton.

En présence de ce petit nombre d'observations et pour aider la description, nous avons fait reproduire par la phototypie les cinq pièces du musée de l'hôpital Saint-Louis, dont nous avons parlé plus haut. Photographiées par M. A. Burais, tirées en phototypie par M. Pilarski, elles rendent bien l'aspect que présente la maladie à sa période d'état.

L'historique de notre question sera bien court, faute de documents à ce sujet.

Cependant il est probable que le trichophyton a commis des méfaits dans les temps les plus anciens, car Pline nous raconte que sous le règne de Tibère, il se produisit à Rome une maladie épidémique caractérisée par des éruptions et des ulcères siégeant

à la face. L'affection aurait été apportée par un chevalier romain, nommé Persinus, qui revenait d'Asie. Elle se propagea rapidement à l'occasion du baiser, qui était la manière de s'aborder des chevaliers, et on lui donna le nom de mentagra, à cause de son siège au menton. Ceci ressemble beaucoup à notre folliculite conglomérée trichophytique.

Avant d'aller plus loin, il nous reste à remercier les maîtres qui, à différents titres, nous ont témoigné maintes fois leur bienveillance et dont beaucoup, hélas ! ont aujourd'hui disparu.

Qu'il nous soit permis de rendre un pieux hommage à la mémoire de Pidoux, le savant médecin inspecteur des Eaux-Bonnes pour les bons soins qu'il ne cessa de nous prodiguer pendant les cinq saisons que nous fîmes autrefois à ces eaux bienfaites.

Rappelons également le souvenir des professeurs Parrot, Gosselin et Damaschino, de Paris, de Giraud-Teulon, des professeurs Astaix, Bardinet, Barny, Bleyne, Boulland et Mandon de Limoges.

Que MM. les professeurs Mazard et Raymondau de Limoges, reçoivent l'expression de notre respectueux attachement pour les soins éclairés qu'ils ont prodigués avec tant de dévouement à nos parents.

Nous remercions, d'une façon toute particulière,

M. le D^r Quinquaud, qui nous a témoigné si souvent sa bienveillance et qui, après nous avoir inspiré le sujet de notre thèse, nous en a facilité l'étude.

Que M. le professeur Laboulbène, qui nous fait l'honneur de présider cette thèse, veuille bien agréer l'hommage de notre profond respect.

Remercions aussi nos premiers maîtres, MM. les professeurs de l'école de Limoges, dont bien peu, hélas ! occupent encore leur chaire, ainsi que nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, et en particulier M. le D^r Ricard.

Enfin, nous sommes profondément reconnaissant et nous exprimons notre vive gratitude à nos maîtres de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, MM. les docteurs Gauthey, Le Piez et Salet, dont les conseils nous ont été si utiles pendant le temps que nous avons eu l'honneur d'être leur interne.





DESCRIPTION CLINIQUE

ÉVOLUTION. — MARCHÉ. — SYMPTÔMES

La folliculite conglomérée trichophytique est une affection parasitaire et inflammatoire des follicules pileux de la peau, caractérisée par la présence d'un parasite végétal, le trichophyton, et l'agglomération en forme de placards, sur un espace plus ou moins grand, de papules, de vésicules et de pustules qui finissent par s'ulcérer et laissent sourdre un liquide purulent, condescible, par une infinité de petits pertuis.

C'est une affection à marche subaiguë, qui pourtant peut devenir chronique, très contagieuse, étant donné l'élément parasitaire qui entre dans sa constitution. Se localisant surtout aux portions velues de la face et du cou, le parasite entraîne une

altération des follicules pileux et des poils en même temps qu'une inflammation de la peau.

Le siège habituel de cette affection est la face ; elle frappe surtout le rebord du maxillaire inférieur, ensuite la région dite des favoris et le cou. Toutefois, on peut la rencontrer au cuir chevelu, à la nuque (planche III, figure 2), où elle constitue le kérion de Celse, et dans quelques autres régions.

La lésion est parfois unique (planche II, figure 2), mais bien plus souvent il existe un grand nombre de placards (planche I) et on peut encore rencontrer à une faible distance de ces placards, plusieurs petits points rouges, indurés, de la grosseur d'une lentille, qui ne sont autre chose que des foyers de folliculites disséminés.

L'espèce de folliculite que nous étudions a un début rapide, sans prodromes. Cependant, étant causée par un parasite, elle doit être, comme toutes les maladies contagieuses, précédée d'une période latente ou d'incubation, dont la durée serait, d'après M. le professeur Bouchard qui s'est inoculé la maladie, d'une dizaine de jours, et pendant laquelle le trichophyton s'installe et s'acclimata avant de manifester sa présence.

La maladie débute par une petite élevation, une petite saillie, de la grosseur d'une lentille ou d'un

petit pois, qui, s'agrandissant rapidement, finit par former une tache rouge, arrondie, couverte de légères squames à la base des poils.

Le malade éprouve pendant ce temps une sensation de chaleur et de tension de la peau, en même temps que des démangeaisons parfois assez violentes se manifestent. En général, il n'y a pas de douleur; quelquefois cependant il se produit de légers élancements sur les bords des plaques pendant leur évolution qui se fait rapidement, avec une prédominance marquée sur les bords et la période d'état est atteinte en une huitaine de jours.

A ce moment, différents signes que nous allons décrire, caractérisent la maladie.

Lorsqu'on regarde un malade atteint de cette affection, la première chose qui frappe, c'est la saillie de la peau sous forme de placards plus ou moins réguliers, plus ou moins étendus, bien limités par un épais bourrelet, rouges vineux et criblés d'orifices, d'où s'échappe un liquide louche et con-crescible.

La peau qui forme ces placards est irrégulière, inégale, ulcérée, parsemée de petits sillons, dont beaucoup sont presque microscopiques, et qui, dirigés en différents sens, lui donnent assez bien, suivant l'heureuse expression de M. le professeur Le-

loir, l'aspect d'un macaron un peu aplati quelquefois vers le centre, d'autres fois, au contraire, faisant une légère saillie.

Ces placards sont plus ou moins grands, plus ou moins rouges, plus ou moins nombreux. Leur forme est quelquefois ronde ; souvent, au contraire, c'est un diamètre qui l'emporte sur l'autre.

Leurs dimensions varient depuis celles de la pièce de vingt centimes, jusqu'à celles de la pièce de cent sous. Mais ce qui les caractérise surtout, c'est d'être d'un seul tenant, sans solution de continuité ou alternance de peau saine, car les sillons qui sont à leur surface et qui paraîtraient indiquer une tendance à la segmentation, n'atteignent pas les parties profondes des placards.

Leurs bords sont en général nettement limités et dépassent d'au moins deux millimètres, quelquefois même davantage, le niveau des parties saines. Ils sont presque toujours curvilignes, sans saillies ni dépressions, en un mot, suivant la juste comparaison de M. le professeur Fournier, ils ne présentent pas de contours géographiques.

Tout autour des placards et sans aucune espèce de transition, la peau est saine, sans présenter aucune trace d'inflammation ; aussi, dirait-on de véritables corps étrangers, sans parties saillantes,

qui se sont enkystés au milieu des parties molles.

En examinant attentivement la surface de ces placards, on aperçoit des parties qui offrent différents aspects : les unes sont lisses, d'autres sont mamelonnées, d'autres enfin sont rugueuses.

On remarque encore la présence de croûtes et de crouelles jaunâtres ou rougeâtres, ayant un peu l'aspect d'écaillés de poisson, plus ou moins adhérentes à la surface du derme et formées par du pus concrété. Il faut alors nettoyer avec précaution ces surfaces enflammées, soit avec une solution d'acide borique, si les croûtes ne sont pas trop épaisses ni trop adhérentes, soit par l'application pendant vingt-quatre heures de cataplasmes de fécule préparés avec de l'eau de guimauve boriquée.

Ces surfaces bien détergées, on pourra constater que le derme est à nu, qu'il est le siège d'une inflammation très vive et qu'il est mobile sur les parties profondes. Mais ce qui attirera surtout l'attention, c'est qu'on le trouvera criblé comme une écumoire, par une grande quantité de petits orifices grands à peu près comme des pointes, voire même comme des têtes d'épingle. Ce sont des orifices glandulaires. Plus la maladie durera, plus la lésion sera ancienne, plus ils seront grands. On pourra même les voir finir par s'ulcérer sur leurs bords. Outre ces petits ori-

fices, on verra qu'il existe encore dans la peau une grande quantité de points jaunes, un peu indurés, de la grosseur d'un grain de sable ou de mil, ayant assez l'aspect de tubercules. Ces points deviendront à leur tour de petits orifices, lorsque l'épiderme mortifié qui les recouvre aura été enlevé. Ça et là apparaissent quelques poils, portant à leur base de petites pustulettes, ce qui indique que le bulbe pileux, profondément intéressé, s'enflamme et que le follicule suppure.

Secs, cassants, ils sont recouverts d'une pellicule blanchâtre et ne sont plus adhérents. Plusieurs, en effet, tombent et une alopécie partielle en est le résultat. Souvent, il y a destruction de la papille pileuse dès le début par la suppuration. Les poils, alors, ne repoussent pas. D'autres fois, la papille n'est pas complètement détruite; mais, modifiée profondément dans sa constitution, elle sécrète un poil malade, qui, faisant l'office de corps étranger, ne sert qu'à entretenir la suppuration. Il est nécessaire de s'en débarrasser le plus tôt possible.

Une fois que ces petits orifices sont formés, ils se présentent sous différents aspects, suivant que le travail inflammatoire est plus ou moins avancé. Les uns sont obstrués par un bouchon jaunâtre

au-dessous duquel se trouvent de petits boudins allongés comme du vermicelle. Les autres sécrètent un liquide jaunâtre ou rougeâtre, séro-purulent, condescible, qui forme en se desséchant des squames plus ou moins adhérentes à la surface du derme.

Après quelques jours d'existence, ces croûtes ont une plus grande épaisseur et leur coloration change. Elles deviennent grisâtres, verdâtres, et si on vient à les enlever, ce qui se fait assez facilement, on voit au-dessous d'elles le derme luisant, rouge, humide et un peu ulcéré.

Ces petits orifices, par lesquels passe l'humeur condescible, qui, d'abord, étaient imperceptibles, s'agrandissent. Si, alors, on vient à y introduire un fin stylet, on reconnaît que la cavité est ampullaire et le trajet perpendiculaire ou à peine oblique. On voit également qu'il n'y a pas de décollement du derme au niveau des parties ambiantes. Si, maintenant, on vient à exercer une légère compression sur ces plaques, voici ce que l'on observe. Il apparaît aussitôt une infinité de gouttelettes de pus qui viennent perler à la surface, en s'échappant comme de la pomme d'un arrosoir. En comprimant plus fortement, on voit venir s'ajouter aux gouttelettes de pus de petits boudins allongés, comme du ver-

micelle, qui, quelquefois, jaillissent à une certaine distance. D'abord franchement purulente, jaune-verdâtre, cette matière finit par devenir sanieuse. Elle se compose de trois éléments : de matière sébacée, vermicellée, mêlée à une petite quantité de pus, de pus pur et de sang, ce qui prouverait que la folliculite s'est étendue et a donné lieu à de la périfolliculite. C'est alors qu'il faut constater, par un examen clinique minutieux et histologique, que la lésion primaire, majeure, siège au niveau des follicules pileux et que la lésion du périfollicule, atmosphère épithéliale ou lamineuse du follicule, n'est que secondaire.

Cette période d'état dure environ deux à trois semaines ; mais, à défaut de soins ou mal soignée, la régression ne se produirait pas et la maladie prendrait une allure chronique. Les placards commencent à s'affaïsser peu à peu, les petits cratères s'oblitérent, la suppuration diminue et les écailles deviennent de plus en plus rares, pour finir par disparaître. Ensuite, il reste à la place du placard une surface indurée, luisante, d'un rouge brun violet. En exerçant dessus une légère pression avec le doigt, cette coloration disparaît momentanément, la surface devient blanche ; mais elle reparaît aussitôt que la pression cesse de s'exercer. Elle persiste pen-

dant longtemps, diminue avec une lenteur extrême et sa disparition est extrêmement longue à obtenir, chose à laquelle on arrive difficilement, car, presque toujours, surtout à l'endroit où se trouvaient les placards les plus grands, il reste une cicatrice blanchâtre, parsemée de plaques nacrées ou absolument uniformes, ressemblant assez bien à la cicatrice d'une brûlure du troisième degré.

Tous ces détails que nous venons de donner, et qu'il est peut-être difficile de bien saisir dans une description, la vue les embrasse aisément dans les figures qui sont à la fin et sur la magnifique pièce du musée de l'hôpital Saint-Louis, moulée récemment par M. Baretta, dans le service de M. le Dr Quinquand.

Les symptômes locaux sont presque nuls : on constate une légère tension périphérique, un léger degré de chaleur et des démangeaisons plus ou moins tenaces. Il n'y a ni lymphangite, ni adénite. Le derme enflammé est libre, sans adhérences avec les parties sous-jacentes.

Quant aux symptômes généraux, ils sont très peu accentués, souvent même ils font complètement défaut. Cette affection, en effet, ne retentit jamais sur l'état général, ni sur les organes voisins. C'est une affection absolument locale, mais pas toujours bien

circonscrite. Cependant si les démangeaisons devenaient très vives, elles pourraient empêcher le sommeil. De même dans les éruptions très confluentes, au moment des poussées, pourrait-on constater un léger mouvement fébrile, caractérisé par quelques frissons, de la chaleur à la peau, un peu de fréquence du pouls, de la céphalalgie et de l'inappétence. Mais ces phénomènes généraux sont toujours momentanés et en rapport avec l'intensité de l'éruption. Donc, réaction locale peu prononcée; réaction générale presque nulle.

Cette affection paraît être exempte de complications; les seules auxquelles on pourrait songer, sont l'angéioleucite, les adénites consécutives, et l'érysipèle.

Quant à la terminaison de la maladie, c'est, semble-t-il, la guérison complète après un laps de temps plus ou moins long. Mais mal soignée, elle deviendrait chronique, et abandonnée à elle-même elle durerait des années, le parasite se reproduisant avec la plus grande facilité.





DIAGNOSTIC

On pourrait confondre la folliculite conglomérée trichophytique avec plusieurs affections.

Avec la folliculite conglomérée non parasitaire d'abord. Mais on se souviendra que dans la trichophytie, les plaques sont plus saillantes, les pustules plus volumineuses, l'écoulement plus considérable. On se souviendra aussi que les poils sont altérés, qu'ils sont ternes, gris, engainés, et qu'on peut arriver à y découvrir des spores de trichophyton ; qu'on les arrache facilement, souvent même qu'ils tombent d'eux-mêmes ; tandis que dans la folliculite conglomérée non parasitaire, ils sont adhérents, peu ou pas altérés et qu'on ne peut les arracher qu'avec difficulté et douleur.

Avec le bouton de Biskra. Mais il est plus papillomateux, siège le plus souvent aux membres, surtout autour des articulations, rarement à la face, plus rarement encore au cou. Il est plutôt constitué par des tubercules, qui peuvent s'ulcérer ; enfin son évolution est plus lente et sa guérison plus difficile.

Avec l'anthrax ; mais l'inflammation est bien plus vive et le retentissement notable sur les organes voisins, la marche de la maladie, l'ulcération en cratère, le décollement de la peau, attireront l'attention.

Signalons encore le papillome cutané inflammatoire de Roser, certains chancres infectants et certains eczémas localisés, affections qui pourraient encore être confondues avec la folliculite conglomérée trichophytique. Mais la recherche du parasite lèvera tous les doutes.

Enfin nous dirons, avec Besnier, que si les indurations noueuses, tuberculeuses, isolées ou en plaques, formées autour des poils, sont survenues rapidement, chez un sujet qui n'avait pas antérieurement d'eczéma de la bouche, le diagnostic de parasitisme est à peu près certain.





PRONOSTIC

Le pronostic n'a rien d'alarmant, les symptômes étant en général assez bénins, et la maladie étant absolument locale.

Sa marche, qui est subaiguë, pourrait pourtant devenir chronique, durer même indéfiniment, si on ne faisait pas usage d'un traitement parasiticide.

Les récidives peuvent exister, aussi doit-on être en observation pendant un certain temps.





ETIOLOGIE

La seule et véritable cause de la maladie qui nous occupe est la contagion qui peut s'exercer de différentes façons. C'est d'abord l'air, tenant en suspension des poussières champignonneuses, qui sert d'intermédiaire. Plus souvent ce sont des objets de toilette, peignes, brosses, ciseaux, rasoirs, tondeuses, blaireaux, etc.

On peut encore noter le contact direct, la main d'un coiffeur ou d'un barbier, l'échange de baisers, par exemple. Ajoutons que la trichophytie existe chez les animaux domestiques et particulièrement chez les chevaux, chez les ânes, chez les chiens, etc., elle est surtout commune dans l'espèce bovine. Des animaux, la maladie peut se propager à l'homme. Il y a des observations de Malherbe (de Nantes) de Bazin et de M. le professeur Hardy, qui ne laissent aucun doute à ce sujet.

La propriété contagieuse de la trichophytie est donc admise par tout le monde. Cette propriété a été mise hors de doute par les faits d'inoculation du pro-

fesseur Bouchard, de Deffis, relatés par Bazin. C'est pour cela que dans la description clinique de la maladie, nous avons mentionné une période d'incubation.





ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons peu de choses à dire de l'anatomie pathologique de l'affection qui nous occupe. Les lésions macroscopiques ont été décrites dans la description clinique; quant aux lésions microscopiques, ce sont celles des périfolliculites et des folliculites, si bien traitées par M. le professeur Leloir, dans son mémoire paru dans les annales de Dermatologie, en 1884; nous allons essayer d'en résumer la description.

Disons d'abord que le microscope démontre l'existence d'une dermite localisée, circonscrite, ayant comme caractère spécial d'avoir lésé primitivement un grand nombre de follicules. La lésion est donc une périfolliculite conglomérée, d'abord des follicules pileux, puis des follicules pilo-sébacés.

Au moyen de coupes fines colorées au picrocarmin ou à l'hématoxyline, M. le professeur Leloir

a constaté d'abord l'altération de l'épiderme, dont la couche cornée est amincie en certains endroits, épaissie en d'autres. Les cellules profondes ont encore leur protoplasma et leur noyau peut être coloré par le carmin.

Le stratum lucidum est riche en éléidine.

La coupe granuleuse est fortement épaissie et présente une tendance à l'hyperkératinisation (Ranvier). Elle est chargée d'éléidine.

Le corps de Malpighi renferme beaucoup de cellules migratrices. Plusieurs cellules de ce corps ont le noyau altéré par dilatation du nucléole, ce qui indique une tendance à la desquamation.

Les follicules pileux sont remplis de cellules épidermiques et contiennent des globules de pus.

Les muscles érecteurs des poils ont disparu.

Plus tard, les follicules pileux subissent une dilatation énorme, et leurs parois s'épaississent.

Enfin, quelquefois, l'inflammation périfolliculaire peut amener l'élimination plus ou moins complète du follicule, laquelle est suivie d'une oblitération complète de celui-ci.

Le derme ambiant est enflammé; il renferme des cellules embryonnaires. Les vaisseaux sont dilatés, remplis de sang.

Les papilles voisines de l'ouverture du follicule

sont enflammées, hypertrophiées, pleines de cellules rondes.

L'examen bactériologique démontre la présence de microbes nombreux. Ce sont les microbes habituels de la suppuration, tantôt isolés, tantôt formant en quelques points de véritables zoogléas. L'examen le plus minutieux n'a pu faire découvrir la présence d'un microbe spécial.

Quant au parasite, aux premières de toutes ces lésions, il est difficile à trouver, surtout si l'affection date déjà de quelque temps. Ce n'est pas au centre des plaques qu'il faut le chercher, c'est à la périphérie et surtout dans les petites croutelles et dans les poils, qui sont secs, ternes, cassants et engainés de pellicules blanchâtres.

Il se compose de deux parties : de spores et de mycélium.

Les spores sont des corpuscules ronds ou ovales, incolores, à surface lisse, réfractant fortement la lumière et ayant de 3 à 4 millimètres de diamètre. Elles sont difficiles à colorer.

Il en existerait deux variétés : celles dont nous venons de parler et celles qui, décrites sous le nom de trichophyton géant, ont 8 à 10 millimètres de diamètre. Elles sont isolées les unes des autres ou bien elles se réunissent à deux, trois ou davantage,

pour former une chaîne. Quelques-unes sont unies au mycélium.

Le mycélium est composé de tubes longs, peu flexueux, incolores, enchevêtrés, fréquemment ramifiés. Ces tubes contiennent des spores et présentent des nœuds à des intervalles irréguliers. Rectilignes ou recourbés, habituellement bifurqués, ils ont de 18 à 26 millimètres de diamètre.

Là où les champignons sont très développés, les tubes se croisent et s'entrecroisent, de façon à former un réseau irrégulier.

Sous l'influence d'une des causes que nous signalons plus haut, le parasite est déposé à la surface de la peau; il pénètre dans l'épiderme, se fraie un chemin dans toutes les directions et finit par arriver au follicule pileux. D'après les expériences que le professeur Bouchard a faites sur lui-même, dix jours sont nécessaires à son installation et il manifeste sa présence par les symptômes que nous avons signalés en faisant la description clinique de la maladie.





TRAITEMENT

La folliculite conglomérée trichophytique, pouvant facilement se communiquer, on devra d'abord faire en sorte d'empêcher la contagion.

Le malade atteint de cette maladie devra autant que possible, sinon subir l'isolement complet, du moins ne jamais être en contact avec un individu sain. S'il est marié, s'il est père de famille, il devra éviter tout contact avec sa femme et s'abstenir de jouer avec ses enfants, car, ainsi que le dit M. le professeur Hardy, la trichophytie existe sous plusieurs formes, qui, causées par le même parasite, doivent à leur siège leurs différences d'aspect. Une forme peut communiquer les autres et il est possible de voir dans la même famille, le père atteint des folliculites de la barbe, la mère présentant des cercles d'herpès circiné dans une autre région et l'enfant portant au cuir chevelu plusieurs plaques de teigne tondante.

En commençant le traitement, on se souviendra

Dépéret-Muret.

que dans une affection parasitaire, la durée du traitement est proportionnelle au plus ou moins grand nombre de lésions causées par le parasite.

On se souviendra également que c'est une affection absolument locale et qu'il faut traiter avec beaucoup de soins et de précautions. Il ne faut pas nuire aux malades ; on n'emploiera donc pas certaines substances qui sont trop irritantes ; l'huile de cade et la teinture d'iode, par exemple.

Le traitement, qui d'après nos observations, paraît très bien réussir, consiste en applications, pendant la période d'évolution, de cataplasmes de fécule préparés avec de l'eau de guimauve saturée d'acide borique. Pendant la période d'état, on en fera trois fois par jour, non seulement sur les parties malades, mais encore autour de ces parties, avec une solution de sublimé de 1/1000. On pourra y ajouter quelques douches de vapeur boriquée. On maintiendra sur les parties enflammées un pansement par occlusion formé par des compresses de tarlatane imbibées de liqueur de Van Swieten et recouvertes de taffetas gommé, le tout maintenu par une bande exerçant une légère compression. Les poils malades seront arrachés avec soin, les autres coupés au ras de la peau avec de petits ciseaux courbes.

L'élément parasite jouant ce rôle capital, on le combattra soit par la pommade au turbith camphré (Hardy) :

Turbith minéral.	2 grammes.
Camphre.	1 —
Vaseline.	30 —

Soit par la pommade soufrée, l'emplâtre de vigo, l'emplâtre rouge (Vidal), l'emplâtre mixte de Quinquaud :

Biiodure d'hydrargyre.	0,15 grammes.
Bichlorure d'hydrargyre	1 —
Emplâtre diachylon.	250 —

A l'aide de ces pommades et de ces emplâtres qui sont d'excellents isolants, on empêchera la dissémination du trichophyton et on le maintiendra en contact permanent avec les parasitocides.

Pendant la période de régression, il sera bon de faire quelques dilacérations dans les points indurés; quelques scarifications linéaires, voire même quelques grattages avec une curette, pourront aussi rendre des services.

Enfin quand la guérison semblera obtenue, l'on surveillera encore le malade pendant quelque temps avant de le déclarer guéri. On évitera ainsi la possibilité des récidives.





OBSERVATION I (personnelle).

*Folliculite conglomérée trychophytique. — Evolution rapide.
Guérison lente.*

(Voir planche I et Musée de l'hôpital St-Louis, n° 1679).

Le nommé Soi..., Syl..., demeurant dans les environs de Paris, cultivateur, est âgé de 41 ans. Il a encore sa mère, qui se porte bien; son père est mort à l'âge de 63 ans, succombant à la suite d'une maladie de courte durée. Dans son enfance, il a eu la fièvre typhoïde, qui a évolué normalement sans laisser de traces. A 13 ans, il a eu une éruption assez forte de furoncles et n'a jamais rien eu depuis. Bien constitué, on ne trouve chez lui ni traces de syphilis, ni de scrofule, ni de tuberculose. Charretier pendant longtemps, avant d'être cultivateur, il a fait quelques excès de boisson, mais s'en est tenu toujours au vin et à l'eau-de-vie; il n'a jamais bu d'absinthe. Depuis deux ans, du reste, qu'il est cultivateur, il a complètement renoncé à ces mauvaises habitudes et est devenu très sobre.

Comme charretier, il était en contact continuel avec des chevaux, dont plusieurs ont eu, ce qu'il appelle la gale ou des dartres; comme cultivateur, il a aussi un cheval qu'il

soigne lui-même et qui présente des traces nombreuses de cette affection. Ajoutons encore que le 3 février dernier, en se faisant raser, le barbier lui a fait une légère entaille et qu'à la suite de ce petit incident est survenu un furoncle, qui a guéri sans laisser de traces.

Le 15 avril 1892, le malade, en se levant, s'aperçut qu'il avait sur le côté gauche du cou une grande plaque rouge, farineuse, qui était le siège de nombreuses démangeaisons. Cette plaque très étendue, à grand diamètre oblique de haut en bas et d'arrière en avant, large environ de deux centimètres, longue de six à sept centimètres, prenait naissance dans les cheveux, un peu en arrière de l'oreille, dépassait l'angle de la mâchoire et venait aboutir en avant dans le voisinage de l'os hyoïde. Il n'y fit pas autrement attention et continua à travailler.

Deux jours après, le 17 avril, apparut brusquement, dans la région inférieure de la face, une énorme plaque, à bords saillants, qui se prolongeait, en haut, presque jusqu'à la commissure des lèvres et, en bas, enveloppait le bord de la mâchoire inférieure. Cette plaque était très rouge, très indurée, non farineuse, et ne démangeait presque pas, mais, en revanche, le malade souffrait beaucoup, et toute cette région était douloureuse. Très étonné, le malade ne fit encore rien. Cependant, de nouvelles plaques apparaissaient rapidement et en quatre jours l'éruption était complète. En même temps, le vestibule de la bouche s'enflammait, et le malade éprouvait des douleurs assez fortes, mal de tête, mal dans les mâchoires, et un état fébrile assez prononcé. Il ouvrait difficilement la bouche et mangeait avec peine.

Le 22 avril, il commence à s'inquiéter et se rend chez le pharmacien, qui lui prescrit une tisane amère et lui re-

met une petite bouteille pour lui « purger les sangs ». Il lui remet, en outre, une pommade dont on ne connaît pas la nature. Jusque-là, aucune trace de suppuration ne s'était montrée. Les plaques avaient l'aspect de glandes. Aussitôt revenu chez lui, le malade s'empresse de faire usage de sa pommade, et, dès le lendemain; l'inflammation augmente, la surface des plaques commence à présenter de petites saillies acuminées, qui s'ulcèrent et donnent issue à un liquide séro-purulent et concrescible.

Le 26 avril, il se décide enfin à appeler un médecin, qui ne sachant trop à quoi attribuer la nature de ce mal, lui conseille d'aller suivre un traitement à l'hôpital Saint-Louis, ce qu'il finit par faire, après avoir hésité pendant quelques jours, et le 3 mai, il est admis, salle Cazenave, n° 71.

On le trouve dans l'état suivant :

Les deux côtés de la face sont le siège de plaques plus ou moins grandes, plus nombreuses du côté gauche. Sa lèvre supérieure et les parties de la face, voisines du nez, sont indemnes. C'est surtout à la région dite des favoris et au cou que siège le mal.

Une première plaque, petite, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, ronde et régulière, ressemblant assez à une goutte de cire à cacheter, pas très ulcérée, siège dans la fossette du menton.

Une deuxième, un peu plus grande, moins régulière, à grand diamètre transversal, de la grandeur d'une pièce d'un franc, est située à un centimètre au-dessous et un peu en dehors de la précédente, recouvrant le bord de la mâchoire inférieure. Elle présente, dans ses deux tiers

supérieurs seulement, un sillon qui, prolongé, la diviserait en deux parties égales.

En dehors de ces deux plaques, il en existe une troisième, très grande, à grand diamètre légèrement oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Elle mesure environ cinq centimètres et recouvre le bord de la mâchoire inférieure. En haut, elle atteint presque la commissure des lèvres, et, en bas, elle empiète notablement sur la région sous-maxillaire. Elle a la forme d'un quadrilatère pas très régulier, et présente aux quatre angles une saillie assez accentuée. Les bords sont très saillants; ils dépassent d'environ cinq à six millimètres les parties ambiantes. Sur chacun, on voit une échancrure assez profonde, qui diminue à mesure qu'elle se prolonge sur la plaque, s'arrête avant d'avoir atteint le centre et la divise presque en quatre segments.

En suivant le bord du maxillaire inférieur, on en rencontre une quatrième, de la grandeur d'une pièce de deux francs; elle est située au-dessus et un peu en avant du lobule de l'oreille. Elle est assez régulière; en bas et en arrière, une petite plaque, grosse comme une lentille, l'accompagne.

En descendant vers le cou, on en trouve une cinquième au niveau et un peu en avant de l'angle de la mâchoire. Elle est divisée en deux parties par un sillon.

Au niveau de l'os hyoïde, vers le côté gauche du cou, on trouve encore une grosse plaque à grand diamètre transversal.

Ses bords sont réguliers, moins le supérieur, qui présente une échancrure arrivant presque jusqu'au centre de la plaque.

Si on passe au côté droit, on trouve, à la partie infé-

rière de la face, une plaque à grand diamètre transversal, de la grandeur d'une pièce de deux francs et enveloppant le bord inférieur de la mâchoire.

On en trouve encore une au cou et trois ou quatre petites, disséminées sur la joue au milieu de la barbe.

Toutes ces plaques, grandes et petites, ont le même aspect. Elles sont bien limitées et séparées par des intervalles de peau saine. Leurs bords sont élevés de quelques millimètres au-dessus de la surface cutanée et un petit liséré blanchâtre les entoure.

Leur coloration est d'un rouge vif. Leur surface rugueuse, très inégale, ulcérée, parsemée de croutelles jaunâtres, présente un grand nombre d'orifices disposés en pomme d'arrosoir. Les uns sont béants, d'autres, comme des pointes d'aiguilles, s'aperçoivent difficilement, d'autres, enfin, sont obstrués par de petits bouchons jaunâtres. Tous sécrètent un liquide séro-purulent, rougeâtre, concrescible, qui forme en se desséchant des squames plus ou moins adhérentes à la surface du derme. Les poils sont secs, cassants, recouverts d'une pellicule blanchâtre, et portant à leur base une grande quantité de petites pustules. On peut les arracher avec la plus grande facilité. Le derme est très induré et mobile sur les parties profondes. Il n'existe pas de retentissement sur les lymphatiques. Le malade ressent des douleurs assez fortes, surtout au niveau de la grande plaque et ouvre difficilement la bouche.

En exerçant une légère pression sur ces plaques, on vide les petits pertuis du pus qu'ils contiennent. Mais si on vient à rendre la pression plus forte, on fait sourdre une matière blanchâtre, mal liée, formant de petits boudins et ayant assez l'aspect du vermicelle.

Le malade est soumis au traitement suivant : lotions de sublimé et douches de vapeurs à l'acide borique, plusieurs fois par jour; pansement par occlusion au sublimé et légère compression.

Ce traitement produit de bons résultats; les plaques, au bout de quelques jours, s'affaissent un peu et la suppuration diminue. Mais l'induration est toujours considérable; aussi, vers la fin de mai, on pratique sur les plaques quelques grattages avec une curette.

Le malade quitte l'hôpital le 12 juin.

Il n'est pas complètement guéri; il existe encore un peu de suppuration. Il continuera son traitement chez lui.

Le 17 juillet, nous allons voir le malade. Depuis six jours, il ne fait plus de lotions de sublimé. Les plaques sont encore saillantes, surtout au centre, d'un rouge violacé, parcheminées, ayant tout à fait l'aspect d'une brûlure profonde cicatrisée récemment; il n'y a plus de suppuration; mais il se produit encore un léger écoulement de sérosité, surtout le matin. Enfin, on trouve dans l'épaisseur de la plaque, située au côté droit du cou et près de la ligne médiane, une petite tumeur, très rouge et très dure, de la dimension d'un gros pois, qui, tous les matins, donne issue à une quantité notable de sérosité. Les poils sont tombés en plusieurs endroits et il existe quelques plaques d'alopecie, qui sont très irrégulières.

Nous voyons en même temps le cheval incriminé; il est porteur de plusieurs plaques cutanées, grisâtres, au niveau du cou. Ces plaques sont le siège d'une desquamation assez prononcée; elles ne sont pas saillantes, ni indurées. Les poils, qui étaient tombés, commencent à repousser.

Nous conseillons au malade de reprendre ses lotions

au sublimé et de les continuer encore pendant quelque temps.

L'examen bactériologique et microscopique a été fait par M. le D^r Quinquaud. Il a bien voulu nous communiquer le résultat des ses recherches. C'est encore un titre de plus, ajouté à tant d'autres, à notre reconnaissance. M. le D^r Quinquaud a constaté la présence d'une quantité considérable de microcoques, plus nombreux dans le liquide purulent que dans les amas jaunâtres vermicelliformes. Il a seulement constaté la présence des seuls microbes de la suppuration. Mais il a constaté, en même temps, et c'est là le point capital, que la gaine des poils était parfois gélatiniforme à la périphérie de la lésion, et que les poils étaient çà et là infiltrés de trichophyton.





OBSERVATION II (personnelle).

Folliculite conglomérée trichophytique. Evolution et guérison rapides.

M. X..., âgé de 23 ans, dessinateur, demeurant à Paris, jouit d'une bonne santé habituelle. Nous ne trouvons chez lui aucune trace héréditaire, ni maladie antérieure, ni scrofule, ni syphilis, ni alcoolisme. Il n'y a donc dans son passé rien de particulier à signaler.

L'affection dont il est atteint a débuté le 11 mai 1892, sans cause appréciable, par un petit point rouge arrondi, siégeant sur la face, dans la région dite des favoris, en avant du lobule de l'oreille du côté droit.

Ce petit point s'agrandit rapidement, s'étendit et finit par acquérir les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, en prenant l'aspect d'une plaque d'herpès circiné.

En même temps le malade éprouvait de nombreuses démangeaisons en cet endroit.

Il ne se préoccupa pas outre mesure d'un mal qui ne le faisait nullement souffrir et continua à vaquer à ses occupations habituelles. Cependant la petite plaque continuait à s'étendre et en peu de jours elle finit par former une grande plaque qui descendait jusqu'au voisinage de l'angle de la mâchoire. Pendant ce temps, une nouvelle poussée se faisait et brusquement deux nouvelles plaques situées toujours du même côté, au-dessous de la pom-

mette et quelques points disséminés au menton apparaissaient.

Notre malade se décida alors à voir un médecin, qui, nous dit-il, a traité cette éruption comme une dartre.

Ce furent d'abord des badigeonnages à la nicotine, ensuite la pommade à l'oxyde de zinc fut employée, puis en présence des résultats négatifs que l'on obtenait, on employa l'huile de cade et enfin la teinture d'iode. Alors apparut un gonflement considérable de toute la joue, les plaques s'enflammèrent et il se produisit un suintement un peu roussâtre, qui se concrétait rapidement donnant lieu à quelques légères croûtes.

Les choses en étaient là, quand le 24 juin notre malade se présente à la consultation de M. le D^r Quinquaud. Après avoir détergé la surface malade, il comprime fortement les parties indurées, fait éclater les petits foyers purulents, d'où s'échappe un pus plus ou moins homogène et en prélève quelques échantillons. Il prescrit des lotions savonneuses et des compresses de liqueur de Van Swieten, recouvertes de taffetas gommé.

Pendant tout ce temps, le malade n'a éprouvé aucune souffrance, la bouche est restée libre et il ne s'est produit ni adénite, ni lymphangite périphérique.

Le 29 juin nous voyons le malade et nous le trouvons dans l'état suivant :

Les plaques, dont la situation a été mentionnée plus haut, ne sont pas très saillantes ; elles dépassent d'environ un millimètre le plan des régions saines.

Elles sont très indurées, rouges, dépourvues d'épiderme, mamelonnées, non adhérentes aux parties sous-jacentes. Tout autour des placards et sans transition la peau est saine. Au centre on constate la chute d'un cer-

tain nombre de poils et une légère alopecie. A la périphérie au contraire les poils paraissent sains et ne cassent pas. La surface des plaques est criblée comme une écumoire par une grande quantité de petits orifices obstrués ici par un bouchon jaunâtre, là par des croûtes peu épaisses et peu adhérentes, et par de nombreux points jaunes, gros comme des grains de mil, correspondant à des follicules pileux.

Si on comprime ces plaques, on fait sourdre des gouttelettes purulentes qui s'en échappent comme de la pomme d'un arrosoir. En comprimant plus fortement, on fait jaillir une matière un peu épaisse, formant de petits boudins allongés, comme du vermicelle. Il n'y a pas de retentissement dans le voisinage, pas de lymphangite, pas de douleurs. Il existe seulement quelques démanagements.

On évacue les petits pertuis, on lave au sublimé et on continue le pansement par occlusion en le rendant légèrement compressif.

Le 2 juillet, les plaques se sont légèrement affaissées; elles sont à peine saillantes.

Un grand nombre des petits orifices qui les criblaient ont disparu et une forte pression ne fait plus sourdre de pus que par une dizaine de petits orifices. Il y a toujours une forte induration et on remarque sur la surface des plaques un grand nombre de petits points saillants très durs, ressemblant à de petits tubercules. On pratique dans ces points quelques dilacérations; il s'en écoule du sang complètement pur. Même pansement.

Le 9 juillet un changement notable s'est produit. Les plaques, complètement affaissées, sont moins dures; il n'y

a plus de petits points saillants et la suppuration a presque cessé.

On pratique sur les parties les plus indurées une petite saignée locale au moyen de scarifications. Même traitement.

Le 16 juillet les plaques présentent déjà une certaine souplesse; la suppuration a complètement disparu. La pression du doigt décèle encore la présence de petits noyaux indurés disséminés dans l'intérieur des plaques.

Il reste à leur niveau une teinte rougeâtre de la peau, avec un léger reflet blanchâtre qui les fait assez ressembler à la cicatrice d'une brûlure; en certains endroits quelques poils de barbe ont disparu, donnant lieu à de petites plaques d'alopecie; les autres sont sains et poussent régulièrement.

Le malade continuera encore pendant quelque temps son traitement afin d'assurer complètement la guérison.

L'examen bactériologique démontre la présence de micro-organismes pathogènes ressemblant à ceux que l'on rencontre habituellement dans toute plaie suppurée.

On trouve une quantité considérable de microcoques, soit réunis en amas, soit isolés.

Le *staphylococcus pyogenes albus* de Rosenbach et le *streptococcus* sont aussi en quantité assez grande.

Le microscope décèle la présence des spores et des tubes du trichophyton.





OBSERVATION III (recueillie sur le livre d'observations, au Musée de l'hôpital Saint-Louis; service de M. le Dr Vidal, suppléé par M. le Dr Barth).

Trichophytie sycosique agminée.

(Voir planche III, fig. 2, et Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1051).

Marc... Ch., 33 ans, palefrenier; entré salle Devergie, lit n° 40, le 17 avril 1885. Jamais de syphilis.

Le 4 avril, il eut à la nuque comme une dartre, et il affirme que les chevaux qu'il soignait en avaient de semblables. Il ne soigne pas son affection; il se grattait beaucoup à ce niveau.

Le 17 avril, voici l'état dans lequel on le trouve : sur la nuque, à la lisière du cuir chevelu et empiétant un peu sur la limite de ce dernier, on observe une plaque saillante, parfaitement circulaire, comme une pièce de cent sous.

Cette plaque est dure; elle est formée de grosses pustules d'apparence acnéique. La plupart de ces pustules sont traversées à leur sommet par un cheveu. La pression fait écouler soit du pus, soit une sérosité jaunâtre. Ces pustules, fortement confluentes, présentent des carac-

tères qui les font ressembler parfois à de l'acné, parfois à du sycosis de la barbe. Au microscope, spores de Trichophyton.

Guérison par l'onguent mercuriel.





OBSERVATION IV.

Périorfolliculite suppurée agminée du dos de la main droite. Placard unique. Forme pseudo-ulcéreuse. Marche subaiguë lente. Variété virulente, tenace, récidivante. Guérison par le grattage et la cautérisation, par M. le professeur Poncet, de Lyon.

Cette observation a paru dans les annales de dermatologie, le 25 juillet 1887, sous la dénomination très réservée d'impétigo sycosiforme. Reproduite par Pailler dans sa thèse, nous la reproduisons à notre tour, parce que dans l'examen histologique fait par M. le docteur Bard, chef des travaux anatomo-pathologiques de la Faculté de Lyon, il insiste sur le caractère infectieux de l'inflammation qui, pour lui, serait nettement de nature parasitaire, bien qu'il n'ait pas été possible de trouver l'agent présumé de cette infection.

Joseph B..., âgé de 58 ans, exerçant la profession de journalier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, lit n° 91, le 28 octobre 1886.

Cet homme ne présente aucune tare; il n'a jamais eu d'affections cutanées; sa santé a toujours été excellente, et rien chez lui ne peut laisser supposer la syphilis. Il y a deux mois, à la suite d'une chute sur la main droite, il eut, très probablement, une entorse de l'articulation tra-

pézo-métacarpienne correspondante, et présenta tous les signes d'une arthrite traumatique : douleur, gonflement, impotence fonctionnelle. Suivant le conseil d'un voisin, il appliqua sur la région malade une sangsue gardée depuis longtemps dans la famille de ce dernier, et qui, sous le nom de sangsue de famille, avait déjà servi dans plusieurs circonstances.

L'effet immédiat d'une pareille médication fut, paraît-il, assez heureux; mais la petite plaie produite par l'animal, lente à se fermer, devient par la suite le point de départ d'une ulcération étendue, qui a nécessité son entrée à l'hôpital. La lésion cutanée s'étendit progressivement; elle avait, au dire du malade, marché plus rapidement, à la suite d'applications répétées de teinture d'iode. Il n'a jamais éprouvé de démangeaisons, ni de douleurs à ce niveau, mais il ressentait de temps à autre une légère sensation de point, survenant de préférence la nuit. L'ulcération, qui occupe toute la peau du premier espace interosseux sur la face dorsale de la main, s'étend en bas jusqu'au milieu de la première phalange du pouce; en haut, jusqu'à l'apophyse styloïde du radius; irrégulière dans sa forme, elle présente des bords nettement délimités, assez généralement curvilignes. La surface est recouverte de croûtes brunes, jaunâtres par place, dissimulant de petits foyers purulents; elle est rugueuse, inégale, mamelonnée en certains endroits, boursoufflée; elle saigne facilement, surtout si on cherche à soulever les croûtes assez épaisses qui la tapissent sur une très grande étendue. On n'aperçoit à la surface de l'ulcère aucune trace de poils, et cependant, les follicules pileux et les glandes sébacées paraissent plus spécialement atteints; à la pression, on fait sourdre un pus épais et cré-

meux; il semble qu'on vide ainsi les culs-de-sac glandulaires distendus. La lésion est bien circonscrite; nulle part, au pourtour, de pustules, d'éruption cutanée; les bords, de même niveau que l'ulcération, sont légèrement indurés; elle paraît occuper seulement le derme qui glisse aisément sur les tissus sous-jacents; le squelette et les articulations voisines sont indemnes.

Rien du côté des ganglions épitrochléens et axillaires; nulle part ailleurs de manifestations cutanées quelconques; la face, le cuir chevelu, la main opposée ne présentent aucune trace d'affection semblable.

Cataplasmes arrosés d'une solution de sublimé au millième pour faire tomber les croûtes; iodoforme, pansement antiseptique pour occlusion.

Quelques jours après, ablation avec la curette de tous les tissus enflammés, et cautérisation au fer rouge. Racleage laborieux, tissus criant sous la curette, s'enlevant par lambeaux.

Gaze iodoformée; huit jours après, bon aspect bourgeonnant; mais vingt-et-un jours après, vers l'angle inférieur, sur la largeur d'une pièce d'un franc, bourgeons durs et violacés, récurrence, destruction à la curette, cautérisation énergique au nitrate d'argent, cicatrisation rapide, et trente-deux jours après, le malade sortait complètement guéri.

Examen des lambeaux enlevés par le Dr Bard, chef des travaux anatomo-pathologiques de la Faculté.

Couche épithéliale intacte, sauf légère hypertrophie des prolongements interpapillaires.

Au-dessous de cet épithélium s'étend une couche épaisse qui a pris la place du derme et qui est constituée par des cellules embryonnaires très nombreuses du type

conjonctif, présentant une lésion dégénératrice, accusée par des foyers qui prennent alors une coloration voisine du marron (picro-carmin).

Il existe en plus un stroma conjonctif, irrégulièrement distribué, et à peine adulte. A la limite profonde, le tissu conjonctif devient très dense et très abondant, et la lésion s'arrête presque enkystée de ce côté.

Tout à fait à la partie extrême de la préparation, on trouve sur un point le tube enroulé d'une glande sudoripare intacte; la lésion serait donc survenue dans le derme lui-même.

Le Dr Bard insiste sur le caractère infectieux de l'inflammation qui, pour lui, serait nettement de nature parasitaire, bien qu'il n'ait pas été possible de trouver l'agent présumé de cette infection.

Joseph B... est sorti de l'Hôtel-Dieu trois semaines après son opération, complètement guéri. Il a été revu un mois après son départ; la cicatrice était solide, non douloureuse. On ne constatait aucune récurrence.





CONCLUSIONS

La Folliculite conglomérée trichophytique nous paraît mériter d'être distinguée des autres variétés de folliculites et de constituer une entité morbide dans le cadre nosologique des maladies de la peau.

Par sa marche, par son évolution clinique, elle a beaucoup d'analogie avec les folliculites en placards de MM. Duclaux et Leloir, avec les périfolliculites de MM. Quinquaud et Pallier.

Mais elle en diffère par son origine parasitaire.

On pourrait la ranger auprès du sycoris parasitaire, du Kérion de Celse et du clou de Biskra.

Une seule plaque, plus souvent un grand nombre, de grandeur variable et de forme irrégulièrement arrondie, bien circonscrites, à bords saillants, d'un rouge framboisé ou violacé, couvertes de points purulents, en sont la manifestation. Ces plaques peuvent être disséminées sur toutes les parties du

corps où existent des follicules pileux ou localisées en certains points.

Le cou, la face, la région dite des favoris est leur siège de prédilection.

Cantonnée dans les follicules pileux, cette affection ne se manifeste par aucun retentissement ganglionnaire ou lymphatique.

Les symptômes généraux sont nuls ou peu accusés.

Au point de vue anotomo-pathologique, comme les folliculites simples, c'est une inflammation des follicules pileux, avec infiltration du derme par des cellules embryonnaires.

L'examen bactériologique et microscopique dénote la présence des microbes de la suppuration et du trichophyton.

La maladie est engendrée par le développement du parasite dans les follicules pileux. Elle est très contagieuse, et on trouve comme agent de transmission : l'air, les objets de toilette, le contact direct, la main d'un coiffeur ou d'un barbier et les animaux domestiques, particulièrement le cheval.

La détermination positive de la maladie deviendra la base de son traitement. On fera alors en sorte de ne pas nuire au malade par l'emploi de substances trop irritantes.

Les antiseptiques joueront le rôle principal. Les pansements par occlusion avec la liqueur de Van Swieten, par exemple, quelques dilacérations, quelques scarifications, voire même de légers grattages avec une curette, donnent de très bons résultats.

Si le malade, après guérison, se soumet de nouveau aux causes qui ont amené une première atteinte, le retour des accidents peut se faire avec la plus grande facilité.

Vu par le président de la thèse :

LABOULBÈNE.

Vu le doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris :

GRÉARD.





Les planches qui suivent sont la reproduction, au moyen de la phototypie, de pièces du musée de l'hôpital Saint-Louis, dont les moulages, vraiment merveilleux, sont faits par M. Baretta. Nous n'indiquons donc que le numéro de chaque pièce en y ajoutant la courte notice qui s'y rapporte et nous remercierons en même temps MM. A. Burais et Pilarski qui se sont chargés de ce travail.

Explication des signes :

- a.* Bord saillant entourant la plaque.
- b.* Petits pertuis.
- c.* Gouttelettes de pus.



PLANCHE I.

N° 1679. — Syl... Soil..., âgé de 41 ans, cultivateur (Salle Cazenave, n° 71). Service de M. le D^r Quinquaud.

Folliculite conglomérée trichophytique.

(*Voir Observation I.*)

PLANCHE II. — Fig. 1.

N° 897. — Bout..., âgé de 60 ans, cocher (Salle Devergie, n° 22). Service de M. le D^r Vidal.

Folliculite agminée trichophytique (Kérion de Celse). Modalité de la trichophytie sycosique. La lésion est représentée 20 jours après son début.

Fig. 2.

N° 571 (sans indications). — Service de M. le professeur Fournier.

Trichophytie, forme sycosique.

PLANCHE III. — Fig. 1.

N° 823. — Germ... G..., âgé de 30 ans (Salle Saint-Mathieu, n° 52). Service de M. le Dr Lailler.

Trichophytie forme sycosique antracoïde ; infection remontant à 15 jours.

Fig. 2.

N° 1051. — Mar... Ch..., âgé de 33 ans, palefrenier (Salle Devergie, n° 40). Service de M. le Dr Vidal.

Trichophytie sycosique agminée.
Kérion de Celse.

(*Voir Observation III.*)



F. C. 1.

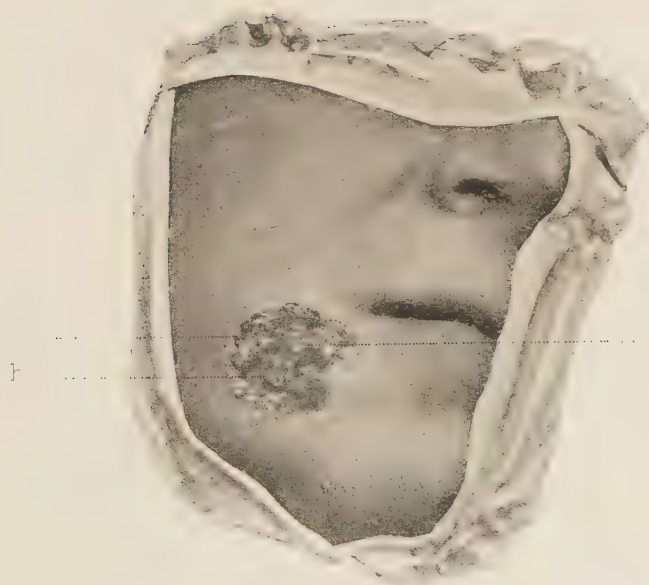
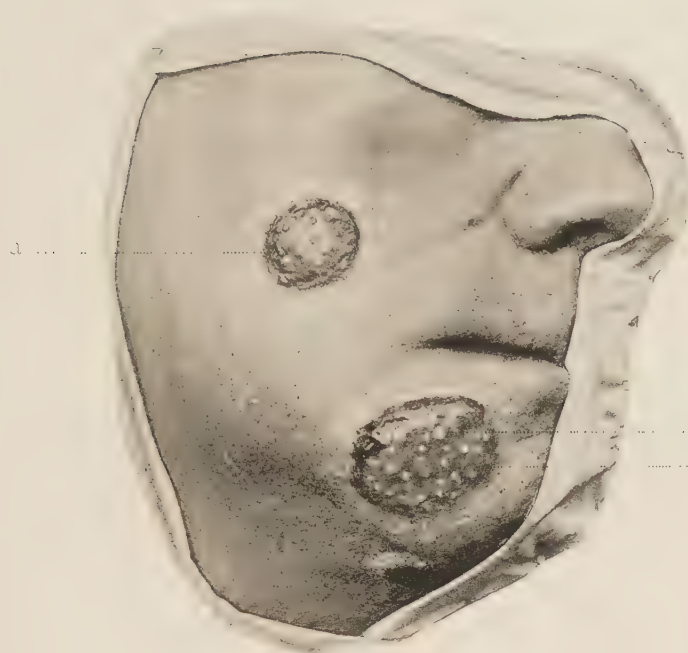


Fig. I.

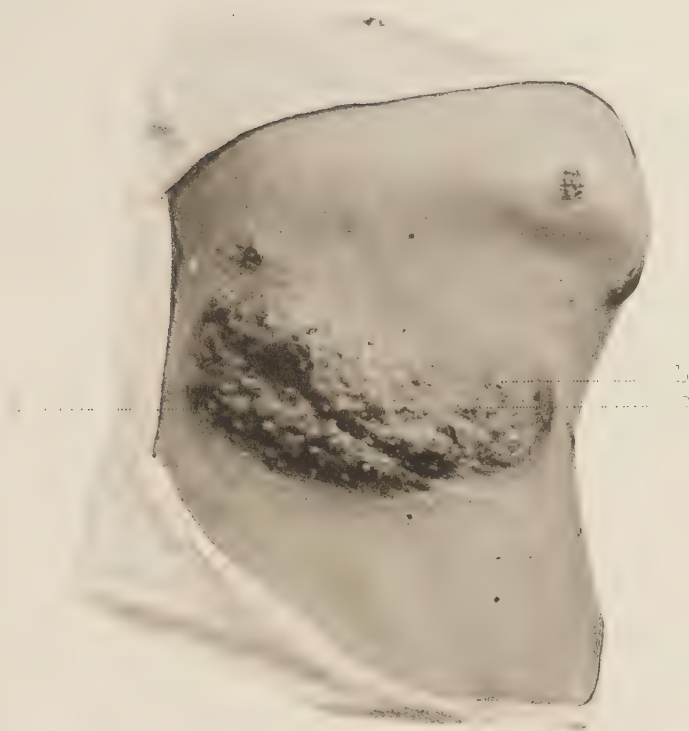


Fig. II.

